



CHAMBRE DES SALAIRES
LUXEMBOURG

16 novembre 2016

AVIS II/56/2016

relatif au projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

..... AVIS

Par lettre en date du 13 septembre 2016, Madame Lydia MUTSCH, ministre de la Santé, a saisi pour avis notre chambre du projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

1. La CSL avait déjà rendu son avis en date du 5 mars 2015 relatif au projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national et suite aux oppositions formelles du Conseil de l'Etat concernant l'inconstitutionnalité du projet de règlement grand-ducal son avis en date du 12 janvier 2016 relatif à l'avant-projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

2. Voilà pourquoi la CSL va passer en revue le présent projet de loi afin de vérifier s'il a été tenu compte des remarques formulées dans son avis du 12 janvier 2016 et analyser les nouvelles dispositions qui ont été ajoutées par rapport à l'avant-projet de loi. Dans une première partie, elle s'exprime sur les principes saillants du projet de loi alors que dans une deuxième partie, elle se consacre à l'analyse ponctuelle des articles.

Les éléments saillants du projet de loi

La carte sanitaire mise à jour en 2015 : des données peu fiables, invérifiables et ne permettant pas de tirer des conclusions

3. Si la CSL salue le fait que la carte sanitaire soit disponible avec des chiffres plus récents et des prospections à moyen et à long terme, elle a toutefois du mal à vérifier le bien-fondé des chiffres qui y figurent et ne se voit pas toujours à même d'en tirer des conclusions comme le démontrent les développements suivants. Pour ne citer que quelques exemples issus de la carte sanitaire !

3bis. Ainsi en ce qui concerne l'évolution démographique de la population jusqu'à l'horizon 2030 prévoyant quelque 660.000 résidents alors que la population résidente au 1^{er} janvier 2016 était déjà à 576.249, la CSL estime que ces chiffres sont sous-estimés et ne tiennent compte ni des flux migratoires auquel le Luxembourg sera confronté dans les années qui viennent ni des ambitions de croissance de la politique gouvernementale qui se reflètent notamment au niveau de la construction effrénée de logements.

3ter. Comme déjà soulevé dans le projet de règlement grand-ducal et l'avant-projet de loi, la carte sanitaire dispose à la page 6 que « l'augmentation du nombre de séjours est compensée par l'augmentation du nombre de lits de moyen séjour, permettant de libérer des lits aigus » et que « cette évolution est soutenue par le progrès des technologies et par le virage ambulatoire ». La CSL est d'avis qu'il s'agit d'une approche trop optimiste et non fondée, ceci d'autant plus que par exemple les tableaux 43 et 44 à la page 118 concernant la chirurgie de jour tant au niveau des opérations de la cataracte que des ablations des amygdales où le Luxembourg se situe respectivement dans le dernier quart des pays OCDE et à l'avant-dernier poste démontrent plutôt le contraire. De ces tableaux, quitte à ce qu'on excuse en note de bas de page le manque de fiabilité de ces comparaisons, aucune conclusion n'est tirée de ces tableaux ni en ce qui concerne les raisons de ce mauvais positionnement de notre pays ni en ce qui concerne une éventuelle prise en considération du Luxembourg de céder certaines prestations médicales à des établissements plus performants dans la Grande Région.

3quater. Comme déjà soulevé dans les avis précédents, le virage ambulatoire reste une nébuleuse servant d'instrument pour réduire les dépenses des établissements hospitaliers et risque de se faire au détriment de la qualité des prestations et de la santé des patients.

3quinquies. Les mêmes questions et la même perplexité se posent au sujet du tableau 104 à la page 102 de la carte sanitaire et qui concerne l'évolution des autorisations de prise en charge pour

traitement stationnaire à l'étranger pour la période de 2007 à 2014. La CSL se doit de constater qu'il ne ressort pas de ce tableau si les autorisations de prise en charge se limitent au formulaire S2 ou par contre incluent également les prestations d'urgence en milieu stationnaire. Abstraction faite de cela, on enregistre pour l'année 2014 au total 6.089 autorisations de prise en charge par la CNS alors que suivant décompte de l'assurance maladie pour la même année, on en compte 5.162 et suivant rapport annuel de la CNS 4.672. Si l'on enregistre une baisse des autorisations de prise en charge par la CNS de 11% de 2007 à 2014, l'on ignore les raisons qui sont à l'origine de celle-ci. Y a-t-il eu davantage de refus d'autorisations de prise en charge et dans l'affirmative, quelles en sont les raisons ou bien notre pays a-t-il réussi à améliorer ses compétences dans le traitement d'un certain nombre de pathologies ce qui a fait en sorte que les résidents ont préféré se soigner au Luxembourg plutôt qu'à l'étranger ? Aucune explication n'est fournie. Il en va de même du tableau 105 concernant l'évolution du nombre de patients concernés par une autorisation de prise en charge pour traitement stationnaire à l'étranger.

3sexies. Autre exemple qui suscite plus de questions que de réponses : à la page 10 de la carte sanitaire, on fait état d'un taux moyen d'occupation des lits aigus de 72% (pour autant qu'il soit juste !) se situant quelque 5% en dessous de la moyenne OCDE qui est de 77,3% et en retrait également par rapport à l'Allemagne (79,3%) et la Belgique (78,4%). La conclusion qui en est tirée est pour le moins surprenante : on affirme que d'un côté le nombre de lits hospitaliers aigus serait actuellement suffisant pour couvrir les besoins nationaux pour ensuite prétendre qu'une légère diminution du nombre actuel de lits aigus serait justifiée pour finalement conclure que « la planification hospitalière prévoit néanmoins la possibilité d'une légère augmentation du nombre de lits aigus pour les 10 prochaines années ». A part d'être dans l'impossibilité de suivre cet enchaînement d'affirmations contradictoires, la CSL réitère sa critique selon laquelle le présent plan hospitalier n'implique pas la Grande Région sachant que plus de 40% de la main-d'œuvre au Luxembourg sont des frontaliers qui, en cas de fermeture d'établissements hospitaliers dans leur pays de résidence seraient contraints, du jour au lendemain, de se faire soigner au Luxembourg et qui feraient en sorte que le taux d'occupation idéal de 85% serait très vite atteint sinon dépassé.

3septies. La CSL regrette cette vision myope du présent projet de loi même si elle prend note et salue l'initiative récente d'un accord de coopération entre le CHEM et le Centre hospitalier de la Sarre permettant de concentrer les compétences entre le monde académique et le milieu hospitalier.

3octies. A la page 114 sous le titre 10 « Comparaisons internationales, les figures 35 et 36 renseignent sur le nombre d'examens IRM et CT scanners pour 2013 où le Luxembourg se situe en tête du peloton. Quelles conséquences faut-il en tirer ? Silence-radio !

3nonies. A la page 22 in fine du document principal de la carte sanitaire, on constate que « en 2015, une étude de faisabilité de l'introduction d'un système de tarification hospitalière à l'activité a été présentée, préconisant le recueil codifié des diagnostics et des actes selon les référentiels récemment adoptés par la Belgique (ICD-10-CM et ICD-10-PCS) pour soutenir le groupage des séjours hospitaliers selon un système DRG ». Entretemps la CSL aimerait savoir si l'introduction d'une tarification à l'acte est toujours à l'ordre du jour malgré les oppositions unanimes de tous les acteurs sur le terrain.

La CSL tient à souligner de façon réitérative que l'étude de faisabilité portant sur l'introduction d'une tarification à l'activité pour le financement des hôpitaux de soins aigus au grand-duché de Luxembourg dont le bureau « Muller et associés » a été chargé par le ministère de la Sécurité sociale montre clairement la fiabilité du système actuel par rapport à une dynamisation du système par l'introduction de DRG dont on ignore jusqu'à présent le coût. La CSL s'exprime sans ambages pour le maintien du système de financement actuel des hôpitaux et des actes médicaux, quitte à redresser certains points de faiblesse comme

- le déficit significatif de transparence se manifestant par l'absence d'un résumé de sortie standardisé regroupant les informations sur le ou les diagnostics, les actes médicaux et les données du patient ;

- l'absence d'intégration des médecins libéraux dans l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux ;
- la réforme de la nomenclature des actes.

La programmation à long terme de la planification hospitalière : une énigme !

4. Selon l'exposé des motifs, le mécanisme prévu dans la présente loi en vue de la fixation du nombre de lits a été instauré afin de permettre une planification à plus long terme (sur une période de 10 ans) du nombre de lits en tenant compte notamment de l'augmentation de la population résidente, tout en garantissant une certaine flexibilité dans l'attribution des lits et une réactivité appropriée si nos besoins sanitaires évoluaient (p.ex. flux migratoire inattendu).

4bis. Selon la carte sanitaire, le nombre de lits hospitaliers budgétisés pour 2014 était de 2.846. Le présent projet de loi prévoit de l'augmenter pour les dix prochaines années à 3.190, ce qui correspond à une augmentation annuelle de 1,078% qui se situe en-deçà de la progression annuelle démographique de 1,13% d'ici l'horizon 2025. Inutile de préciser comme le laisse sous-entendre l'exposé des motifs lui-même que, abstraction faite de cet écart entre la progression démographique et le nombre de lits budgétisés, ce dernier risque d'être largement insuffisant en cas de flux migratoire inattendu ou de pandémie.

4ter. Dans le même ordre d'idées, il est incompréhensible que dans le cadre du projet de construction du nouveau bâtiment du CHL, on entend réduire le nombre de lits de 579 actuellement à 464 alors que d'ores et déjà le CHL se plaint d'un manque de places.

4quater. En ce qui concerne l'introduction dans le projet de loi d'une fourchette par centre hospitalier d'une capacité de lits se situant entre 300 et 700 lits aigus, la CSL se demande ce qui advient du contingent actuel de lits aigus des Hôpitaux Robert Schuman qui comptent actuellement 757 lits et qui excèdent par conséquent la limite supérieure de 700 lits. La CSL n'acceptera pas qu'une diminution du nombre de lits aigus s'imposant du fait de l'introduction d'une telle fourchette ait comme conséquence premièrement une dégradation des conditions de travail du personnel concerné ou, dans le pire des cas, des pertes d'emploi et deuxièmement une sortie prématurée de l'hôpital de patients en cas de manque des lits.

4quinquies. La justification de la part de la ministre et du projet de loi selon lesquels une diminution du nombre actuel de lits est justifiée grâce à une diminution de la durée moyenne de séjour à l'hôpital combinée avec une progression du virage ambulatoire est, pour le moins que l'on puisse dire et en présence de chiffres issus de la carte sanitaire qui ont tendance à établir le contraire, osée.

Un virage ambulatoire au détriment de la santé du patient !

5. La CSL est consciente qu'en raison du progrès des technologies et de la médecine, la déshospitalisation peut être bénéfique pour le patient. Néanmoins s'agit-il encore de savoir dans quelles disciplines, pathologies ou traitements un tel virage ambulatoire est médicalement réaliste et compatible avec la qualité des soins.

5bis. Même en présence de la carte sanitaire, la CSL ne peut toujours pas vérifier si l'équation « *augmentation démographique + vieillissement de la population + augmentation du nombre de séjours hospitaliers + virage ambulatoire = diminution de la durée moyenne de séjour hospitalière* » est juste.

5ter. Au vu de cette équation, une diminution de la durée moyenne de séjour hospitalière ne peut être réalisée que si une majorité de traitements et d'opérations ont lieu dans l'hospitalisation de jour. Or le

projet de loi n'en souffle mot, l'expression « virage ambulatoire » n'apparaît pas une fois dans les articles du projet de loi.

5quater. Aussi la CSL se doit-elle de constater qu'il n'existe pas de taux de conversion de lits aigus en lits de jour dans le cadre du virage ambulatoire de sorte qu'il est impossible de savoir si la déshospitalisation de certaines interventions médicales va réussir rien que pour des raisons matérielles. Le succès du virage ambulatoire correspond plutôt à une devinette qu'à un projet bien défini dont on peut retracer son bien-fondé.

5quinquies. Si l'on se réfère aux exemples de la carte sanitaire concernant certaines chirurgies de jour, comme les opérations de la cataracte ou les ablations des amygdales (figures 43 et 44 à la page 118), la CSL a plutôt tendance à constater que le virage ambulatoire est un instrument incontournable pour réduire les dépenses des budgets des hôpitaux, voire pour augmenter les recettes des médecins en libérant plus rapidement les lits hospitaliers, sans pour autant que la qualité de la médecine soit garantie. Par ailleurs la CSL tient à considérer que même si le virage ambulatoire est justifié pour des raisons médicales *quod est demonstrandum*, il est indispensable de tenir compte de l'état de santé individuel du patient **ainsi que de son environnement familial** pour décider de le renvoyer chez soi ou au contraire de le garder à l'hôpital et non pas d'agir par dispositions générales et abstraites.

5sexies. Finalement la CSL tient à souligner que même si le virage ambulatoire peut être réalisé en assurant la qualité de la médecine, il n'en reste pas moins que la question de l'encadrement ambulatoire des patients à domicile reste non résolue.

Une telle externalisation des soins de santé présuppose par conséquent le développement de structures permettant d'encadrer les patients en dehors du milieu stationnaire. Or, force est de constater que les structures actuelles comme les réseaux d'aide et de soins à domicile sont au bout de leurs moyens pour prendre en charge l'encadrement postopératoire des patients et le présent plan hospitalier ne prévoit rien pour garantir la prise en charge de ces prestations. La CSL tient également à préciser que de nouvelles pathologies comme la physiopathologie du délirium postopératoire affectant des personnes plus âgées risquent davantage de compliquer la prise en charge en milieu extrahospitalier. Il incomberait par conséquent aux hôpitaux de garantir que leur propre personnel assure l'encadrement et la dispense des prestations qui s'imposent pour les patients à domicile. Force est toutefois de constater que le projet de loi est muet à ce sujet. Aussi la CSL tient-elle à considérer que le passage d'un traitement stationnaire à un traitement ambulatoire a comme conséquence que la prise en charge intégrale par la CNS dans le milieu hospitalier sera réduite en milieu extra-hospitalier du fait de la participation financière que l'assuré doit payer.

5septies. Finalement, la CSL tient à insister que pour autant qu'elle soit compatible avec le maintien de la qualité de la médecine, la chirurgie ambulatoire se réalise dans le milieu hospitalier à l'exclusion de tout autre endroit et afin d'empêcher un transfert de prestations médicales vers des cabinets médicaux, renvoie à ce sujet au règlement grand-ducal du 17 juin 1993 qui fixe la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical.

La CSL tient à rappeler que la dénomination de « hôpital et clinique » est réservée aux quatre hôpitaux actuels, les HRS, le CHEM, le CHL et le ChdN. Voilà pourquoi elle se demande ce qu'il en est des établissements utilisant la dénomination « clinique » que sont la Clinique Pasteur et la Clinique Esthemed lesquelles ne font pas partie des quatre hôpitaux précités. La CSL est d'avis qu'une telle protection de la dénomination n'a de sens que s'il existe des sanctions pour des établissements qui usurpent/maintiennent cette dénomination en dehors des quatre établissements précités, ceci afin de sauvegarder la qualité des prestations hospitalières pour les patients.

La collaboration entre les quatre centres hospitaliers luxembourgeois et les hôpitaux de la Grande Région se résume conformément à l'adage « divide et impera ! »

6. Si le fil-conducteur du projet de loi est fondé sur le principe « pas tout partout », force est toutefois de constater que l'inverse est vrai. Au lieu de promouvoir certaines disciplines et établissements spécialisés comme l'INCCI et le Centre François Baclesse pour en faire un « *nation branding* » outre frontière et plus particulièrement dans la Grande Région et de céder d'autres disciplines ou traitements où notre pays est en retrait à d'autres établissements hospitaliers dans la Grande Région, la CSL se doit de constater qu'une collaboration entre le secteur hospitalier au niveau national et les établissements hospitaliers des pays voisins fait totalement défaut et ne mérite même pas d'être mentionné dans le présent projet de loi.

6bis. Actuellement la CSL a pris note, en dehors du présent projet de loi, de la démarche isolée du CHEM signant un accord de coopération avec la faculté de médecine de l'université de la Sarre. Si la CSL salue en tant que telle la volonté du secteur hospitalier luxembourgeois de coopérer avec des centres d'excellence et des universités de la Grande Région, elle craint cependant que des démarches isolées d'un seul hôpital n'attisent davantage cet esprit de concurrence entre les quatre hôpitaux et n'aboutissent de nouveau à une surenchère d'activités. L'acquisition unilatérale par l'Hôpital du Kirchberg et sans l'accord de la CNS du robot chirurgical da Vinci prisé pour les opérations à la prostate est un bon exemple de cette surenchère de l'offre où l'amortissement de cet appareil et l'avidité de médecins-spécialistes affluent souvent des quatre coins de la Grande Région en vue d'augmenter leurs revenus personnels risquent de primer sur la question de la nécessité pour le patient de savoir si l'opération est indispensable ou non.

6ter. La CSL est d'avis qu'une planification hospitalière avec la Grande Région ne peut se faire que si elle est coordonnée au niveau national et qu'elle implique simultanément les quatre hôpitaux de notre pays. Dans ce contexte, la CSL se demande si pour réaliser des synergies tant au niveau national qu'au niveau de la Grande Région – comme les réseaux de compétences et centres d'excellence - sans dégénérer dans une philosophie « faire tout partout » et afin d'éviter d'attiser le patriarcalisme propre à chacun des quatre hôpitaux, il n'y a pas lieu de fusionner d'un point de vue juridique les quatre hôpitaux dans une fondation unique.

L'information du patient dans la planification hospitalière reste embryonnaire et parfois même inexistante !

7. La CSL se demande réellement quel est le rôle du patient dans ce projet de loi. Il faudrait partir de l'hypothèse que toutes les mesures qui sont prises dans le cadre du présent projet de loi et, de façon générale, dans la politique de santé le soient pour le bien-être du patient. La CSL se pose néanmoins la question si le patient est vraiment le destinataire final de ce projet de loi ou si au contraire il ne constitue qu'un instrument pour atteindre une politique de santé guidée essentiellement par une réduction des dépenses hospitalières. Sinon comment justifier le fait qu'un seul article, à savoir l'article 41, lui est consacré dont la teneur est la suivante :

« Chaque patient reçoit, lors de son admission dans un établissement hospitalier, une information par écrit sur ses droits et ses devoirs, ainsi que sur les conditions générales de son séjour.

Cette information porte en outre sur les mécanismes de traitement d'une éventuelle plainte et les possibilités de résolution de celle-ci par la voie de la médiation. Elle inclut les modalités pratiques de saisine du service national d'information et de médiation santé. »

7bis. Cet article fait étonner alors qu'il consacre la moitié du texte au mécanisme de traitement de plaintes et de voies de recours. Le législateur semble oublier que l'essence d'un patient entrant dans un hôpital est d'abord de recevoir des informations sur son traitement, sur les risques éventuels et sur le suivi médical postérieur extra-hospitalier avant de lui étayer les voies de recours en cas de mauvaise exécution d'une prestation médicale hospitalière. Le texte dans sa version actuelle donne l'impression que le patient doit d'ores et déjà s'attendre à des complications plutôt que de le rassurer

lors de son traitement à l'hôpital en le renseignant suffisamment dans un langage clair et compréhensible sur ce qui l'attend.

7ter. La CSL renvoie plus particulièrement à l'article 8 intitulé « Droit à l'information sur l'état de santé » de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient. Dans ce contexte, elle se demande sérieusement si, et dans l'affirmative, dans quelle mesure cet article trouve application en pratique sachant que l'information sur l'état de santé du patient coûte du temps et *ergo* de l'argent aux médecins de sorte que ceux-ci ont probablement intérêt de limiter pour autant que possible cette information à la portion la plus congrue.

7quater. Dans le même ordre d'idées, la CSL juge embryonnaire sinon inexistante les informations mises à disposition du patient afin de savoir où il peut être traité le mieux pour une pathologie donnée non seulement au niveau national, mais également au niveau européen et quel est le coût du traitement en question voire la prise en charge par la caisse de maladie du lieu de traitement sinon du lieu d'affiliation.

7quinquies. Sinon comment comprendre l'article 45 du Code de la sécurité sociale, alinéa 3, point 7) qui a été introduit par la loi du 1^{er} juillet 2014 transposant la directive 2011/24/UE en matière de soins de santé transfrontaliers et prévoyant qu'il n'appartient à la CNS que, sur demande, « *d'établir les règles relatives à la mise en place d'un point de contact national fournissant des informations aux assurés affiliés au Luxembourg ainsi qu'aux prestataires de soins, notamment relatives aux prestations de soins de santé transfrontaliers dispensés ou prescrits dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, concernant en particulier :*

- *les procédures d'accès et les conditions d'un droit à la prise en charge de ces soins soit par application d'un instrument bi- ou multilatéral de coordination de sécurité sociale, soit suivant le présent Code ;*
- *les voies de recours administratives et juridictionnelles dont dispose l'assuré en vertu du présent Code. »*

Si l'on tient compte du fait que l'assuré ne reçoit des informations sur des prestations de soins de santé transfrontaliers que sur demande de sa part, la CSL en conclut qu'il n'y a aucune volonté de la part du gouvernement de rendre transparentes les informations des patients sur les soins de santé transfrontaliers incluant les établissements spécialisés, les traitements proposés ainsi que le coût et la prise en charge de ceux-ci afin que l'assuré soit à même de se forger son intime conviction sur les alternatives proposées. De même l'on cherche en vain une telle information au niveau national permettant à l'assuré de savoir dans quel établissement il pourra être traité le mieux pour une pathologie donnée.

7sexies. Il en résulte que la CSL ne peut s'empêcher de considérer que la maîtrise/réduction des dépenses du secteur hospitalier et le protectionnisme des médecins au Luxembourg priment sur les intérêts du patient.

L'implication coercitive des médecins dans les hôpitaux, le seul moyen pour garantir le bon fonctionnement de ces derniers et la qualité des soins hospitaliers !

8. La CSL salue l'introduction de l'article 35 prévoyant que le médecin hospitalier est lié à l'établissement hospitalier soit par un contrat de travail, soit par un contrat de collaboration et renforçant ses obligations à l'égard de l'établissement, notamment de respecter les dispositions du règlement général et les directives du directeur médical pour toutes les questions liées à l'organisation des services de l'établissement hospitalier, la standardisation des procédures et la continuité des soins. Afin de rendre le statut de médecin-salarié plus attrayant, la CSL salue également que le contrat de collaboration destiné aux médecins libéraux doit correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre les différents groupements professionnels des

prestataires de soins et les groupements des hôpitaux sinon, à défaut d'accord, par arrêté ministériel. Le choix entre un contrat de travail et un contrat de collaboration n'existe pour un médecin que si dans les deux contrats il existe un certain équilibre au niveau des obligations qui le lient à l'établissement. En tant que sujet de droits et d'obligations à l'égard de l'hôpital, le médecin devient une partie intégrante du fonctionnement de l'hôpital sans pour autant que sa liberté thérapeutique soit mise en question de quelque manière que ce soit.

Une représentation de l'Etat et de la CNS au sein du conseil d'administration des quatre hôpitaux s'impose !

9. Si le texte innove au niveau de la composition de la direction de chaque établissement hospitalier, force est cependant de constater qu'il reste muet en ce qui concerne l'organe de représentation de chacun des quatre hôpitaux, plus précisément les conseils d'administration.

9bis. La CSL réitère sa revendication selon laquelle l'Etat et la Caisse nationale de santé soient représentés au sein des conseils d'administration de chacun des hôpitaux, étant donné qu'en vertu de l'article 15, l'Etat participe à raison de 80% aux frais des investissements des hôpitaux et la CNS à raison de 20%, outre les dépenses du secteur hospitalier prises en charge par elle à travers l'enveloppe budgétaire globale. Si, d'un point de vue politique, il serait légitime que l'Etat et la CNS soient représentés au sein des conseils d'administration des quatre hôpitaux, la question est toutefois de savoir dans quelle mesure un tel mandat de l'Etat au sein d'un conseil d'administration serait compatible avec la mission du commissaire du Gouvernement aux hôpitaux alors que dans une telle hypothèse l'Etat risque d'être juge et partie à la fois parce qu'en quelque sorte, il serait censé se contrôler lui-même.

Les réseaux de compétences, réalité ou fiction ? Qui contrôle quoi ?

10. Même un changement de dénomination de « centres de compétences » en « réseaux de compétences » ne désamorçait pas les remarques formulées par la CSL dans ses avis précédents lesquelles gardent toute leur pertinence.

10bis. Ainsi elle continue de craindre que « en raison du patriarcalisme et de la surenchère de l'offre qui règnent au niveau de chaque établissement hospitalier, la réalisation de réseaux de compétences ne risque de rester illusoire même si la demande ne doit plus être formulée comme initialement prévu par la fédération des hôpitaux luxembourgeois, mais soit par plusieurs hôpitaux soit par au moins un hôpital ensemble avec au moins un établissement hospitalier spécialisé. La CSL est d'avis qu'une professionnalisation des compétences pourra être créée plus facilement au sein même des établissements hospitaliers qui composent chacun des quatre hôpitaux plutôt que parmi les quatre hôpitaux en raison des réticences (politiques) qui existent au niveau de chaque hôpital. Ainsi, la CSL est d'avis que de telles compétences existent d'ores et déjà respectivement se développent de toute façon entre les différents établissements de chacun des quatre hôpitaux de sorte qu'elle se demande quelle sera la plus-value d'une création d'un tel réseau de compétences.

10ter. Par ailleurs elle redoute que la création de tels réseaux de compétences risque de faire en sorte que les services d'urgence ne soient plus assurés en fonction des besoins sanitaires du pays et d'aggraver encore davantage le déséquilibre actuel existant entre régions en ce qui concerne l'accès universel des patients aux services d'urgence et le maintien de la qualité des prestations hospitalières », garde toute sa pertinence.

Cette remarque semble d'autant plus pertinente que les services d'urgence (dont celui de la Clinique Ste Thérèse vient d'être supprimé à partir du 1er janvier 2016) sont de plus en plus encombrés et mettent en question l'accès direct du patient à des prestations hospitalières d'urgence.

10quater. A ce sujet, la CSL réitère sa remarque selon laquelle il serait judicieux d'intégrer les maisons médicales dans les structures hospitalières, à côté des services d'urgence. Ceci aurait

comme avantage que les patients qui se rendent dans les maisons médicales (en dehors d'une urgence) et qui se voient prescrire des radiographies, IRM, scanner etc. n'auraient pas besoin d'encombrer la salle d'attente réservée aux cas d'urgence, mais seraient traités de façon séparée à l'hôpital.

10quinquies. La CSL est également d'avis que le présent projet de loi devrait également renvoyer au règlement grand-ducal du 17 juin 1993 qui fixe la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, ceci d'autant plus que la filière de prise en charge de la pathologie traitée peut se dérouler aussi bien en milieu hospitalier qu'extrahospitalier.

10sexies. Si la CSL salue l'introduction de réseaux de compétences en tant que tels afin de couvrir les besoins de la population conformément à la carte sanitaire mise à jour, elle se doit toutefois de constater qu'elle ne peut vérifier le bien-fondé de critères à la base de tels réseaux et constate tant l'absence de contrôle de la qualité des actes de ces centres de compétences, l'absence de bonnes pratiques *benchmarking* permettant de mesurer les compétences entre hôpitaux (tant au niveau national que par rapport aux pays voisins) que l'absence de sanctions en cas de non respect.

10septies. Concernant les pathologies ou groupes de pathologies réservés aux réseaux de compétences et énumérées à l'article 30, la CSL se demande sur base de quels critères, ceux-ci ont été choisis et d'autres écartés. En vertu de l'article 3, c'est le ministre qui procède à une évaluation des besoins sanitaires de la population résidente sur base des données établies par la carte sanitaire, d'une évaluation démographique de la population résidente, des données relatives à l'état de santé de la population résidente ainsi que des comparaisons internationales pour déterminer les pathologies ou groupe de pathologies devant être prises en charge des réseaux de compétences et le nombre maximal de ces derniers. Sur base d'informations supplémentaires recueillies par notre Chambre, les critères pour définir les réseaux de compétences sont l'impact de la pathologie en question sur la population, la fréquence du problème de santé, la dimension nationale de la pathologie et la variation des prises en charges qui ne paraissent pas appropriées.

10octies. Même en possession de la « fameuse carte sanitaire mise à jour », la CSL ne peut retracer le bien-fondé du choix des pathologies ou groupe de pathologies retenus à l'article 30.

10nonies. Dans le même ordre d'idées, la CSL se demande qui, à part le médecin lui-même, décide si tel traitement ou telle intervention chirurgicale tombant sous les pathologies ou groupe de pathologies définis à l'article 3, mérite, en vertu du degré de complexité, d'être traité dans un réseau de compétences plutôt que dans un service normal d'un hôpital.

10decies. Par ailleurs la CSL constate que le texte ne souffle mot non plus sur la personne ou l'organisme chargés de contrôler la qualité des actes de ces réseaux de compétences ainsi que sur les sanctions à prévoir. A défaut de sanctions, le réseau de compétences n'est rien d'autre qu'une zone de non droit où le médecin est roi et le patient exposé au bon vouloir de celui-ci. Il est douteux que chaque médecin fasse preuve de probité à l'égard de son patient en avouant que pour tel ou tel traitement, il serait préférable de se faire traiter à l'étranger conformément au principe énoncé dans l'exposé des motifs que le Luxembourg ne doit pas « faire tout partout ». Malgré la faculté – du moins en théorie – que le ministre peut retirer une autorisation à un hôpital dont le centre de compétences ne remplit plus les critères, la CSL craint que, comme l'a prouvé la pratique jusqu'à présent, les hôpitaux, le personnel y employé et les patients ne restent à la merci des médecins qui continuent à agir à leur guise.

10undecies. Finalement, la CSL est d'avis que les réseaux de compétences qui seront créés devront garder leur autonomie à long terme par rapport aux sites hospitaliers auxquels ils sont joints afin d'en faire un « nation branding » permettant de promouvoir à l'étranger l'excellence des disciplines

médicales qui leur sont réservées.

Trop de renvois à des règlements grand-ducaux risque de mettre en cause l'application de la présente loi !

11. La CSL se doit de constater qu'elle est dans l'impossibilité de mesurer l'envergure exacte du présent projet de loi alors que les onze règlements grand-ducaux (!!) auxquels renvoie le texte de loi font actuellement défaut. Par ailleurs, elle tient à signaler qu'il est de mauvaise pratique légistique de renvoyer constamment à des règlements grand-ducaux dont une partie parmi eux risquent de ne jamais être pris. Une loi sans dispositions exécutoires risque de rester inapplicable dans certaines de ses dispositions voire même d'être une loi morte...au détriment du patient.

L'analyse des articles du projet de loi

12. L'article 3, point 4), est de la teneur suivante : « (...) *L'évaluation des besoins sanitaires nationaux a pour objectif de « déterminer la liste des équipements et appareils médicaux soumis à une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières qui font l'objet d'une autorisation du ministre de la Santé conformément à l'article 14 et qui font l'objet d'un subventionnement conformément à l'article 15. La liste et le nombre de ces équipements et appareils sont fixés dans un règlement grand-ducal. »*

12bis. D'abord la lecture de l'article 3, point 4) et de l'article 14 peut induire en erreur dans la mesure où l'on peut croire qu'il s'agit de deux règlements grand-ducaux différents auxquels il est renvoyé dans les deux articles alors qu'en réalité, il s'agit du même règlement. Voilà pourquoi la CSL propose de modifier le dernier bout de phrase de l'article 14, alinéa 1, en écrivant « dans le règlement grand-ducal visé à l'article 3, point 4) ci-avant ».

12ter. La CSL tient également à souligner que dans le cadre d'une prise en charge de prestations de soins transfrontaliers sur base d'une autorisation préalable de la CNS, l'article 20, paragraphe 2, point 2) du Code de la sécurité sociale fait référence en dehors du recours aux infrastructures hautement spécialisées et coûteuses que sont les centres de compétences nationaux (il faudra dorénavant changer la terminologie en utilisant l'expression « réseaux de compétences), les services nationaux et les établissements spécialisés de rééducation, de convalescence et de cures thermales aux équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux, qui sont déterminés au plan hospitalier national en exécution de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

12quater. La CSL tient à préciser qu'il y a lieu de modifier le renvoi à l'article 20, paragraphe 2, point 2) du Code de la sécurité sociale à la loi modifiée du 28 août 1998 précitée dans la mesure où l'article 56 du présent projet de loi l'abroge en renvoyant à cette dernière. Elle tient à souligner que le règlement grand-ducal visé à l'article 3, point 4) auquel il est renvoyé, mais qui fait malheureusement défaut, concerne également la deuxième partie du libellé du point 2, paragraphe 2 de l'article 20 du Code de la sécurité sociale dans la mesure où il vise les « équipements médicaux et hautement spécialisés ».

12quinquies. Aussi la CSL exige-t-elle que les informations concernant les équipements médicaux et hautement spécialisés aussi bien que le recours aux infrastructures hautement spécialisées et coûteuses doivent figurer sur le site internet du point de contact national de la CNS, pour l'instant inexistant, afin de permettre de savoir aux assurés dans quelles hypothèses ils sont obligés de demander une autorisation préalable à la CNS pour des prestations de soins de santé transfrontaliers.

12sexies. En ce qui concerne le point h) de l'alinéa 2 de l'article 3, la CSL propose de le préciser comme suit : « le nombre de demandes et de motifs de prises en charge par la CNS pour des soins de santé à l'étranger tant en milieu stationnaire qu'en milieu ambulatoire, le nombre de demandes accordées et refusées ainsi que les motifs à la base d'un tel refus ».

13. En ce qui concerne **l'article 4**, notre chambre rend attentif comme déjà signalé dans la partie générale ci-avant que l'introduction d'une fourchette de lits par hôpital ne doit pas avoir comme conséquence qu'un hôpital disposant actuellement d'un seuil de lits qui excède cette fourchette soit contraint de réduire son nombre de lits en mettant en péril l'accès universel du patient aux infrastructures hospitalières et l'existence et les conditions de travail du personnel salarié de l'hôpital concerné.

13bis. Dans le même contexte, la CSL estime que pour chaque hôpital, tant le nombre de lits de moyen séjour (30 à 70 lits) que celui des lits d'hospitalisation à longue durée (20 lits) sont sous-estimés. La carte sanitaire n'explique pas en quoi ce nombre de lits serait justifié. Par ailleurs, la CSL

craint que par le biais du projet d'établissement que chaque hôpital doit soumettre au ministre afin d'obtenir l'autorité d'exploitation, le nombre de lits fixé dans le présent article ne soit insuffisant. Finalement, la CSL redoute que par une limitation excessive du nombre de lits par hôpital – tant les lits de moyen séjour que de longue durée – on n'aboutisse à forcer le virage ambulatoire au détriment de la santé des patients. De façon générale, la CSL préférerait la suppression des seuils de lits hospitaliers alors qu'à défaut de pouvoir justifier les différents seuils fixés dans le texte de loi et compte tenu d'innombrables aléas, il serait plus prudent de laisser une certaine flexibilité aux hôpitaux afin de garantir l'accès universel aux prestations hospitalières et les intérêts du patient.

14. En ce qui concerne **l'article 6** qui fixe le nombre de lits de moyen séjour à vingt pour un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie, le seul existant au Luxembourg étant Omega 90 a.s.b.l., la CSL ne peut que s'étonner du bien-fondé de ce nombre alors que les explications fournies à la page 69 de la carte sanitaire ne permettent pas de comprendre ce chiffre. Pour corroborer ce manque de transparence, la CSL se permet de renvoyer au tableau 66 de cette page qui constate d'un côté un nombre de journées de soins palliatifs en augmentation pendant la période 2010 à 2014 et simultanément une durée moyenne de séjour en baisse pendant la même période. La CSL reste sur sa fin en ce qui concerne ces tendances diamétralement opposées.

15. En ce qui concerne **l'article 8, alinéa 3, point h)** disposant que le projet d'établissement en vue d'obtenir une autorisation d'exploitation doit préciser « les équipements ou les appareils soumis à planification nationale ». La CSL se demande s'il s'agit des mêmes équipements et appareils que ceux visés à l'article 3, point 4) qui restent à être fixés par règlement grand-ducal. Dans l'affirmative et afin de faciliter la lecture et la cohérence des différents articles, la CSL propose d'ajouter au bout de phrase du point h) « tels que visés à l'article 3, point 4) ».

16. En ce qui concerne **l'article 12** prévoyant la possibilité pour le ministre de mettre en demeure l'organisme gestionnaire de l'établissement concerné et, le cas échéant, d'ordonner la fermeture de l'établissement, la CSL se doit de constater que cette probabilité est relativement rare dans la mesure où les quatre conditions énumérées doivent être cumulatives, à part les deux premières qui sont alternatives. Voilà pourquoi la CSL propose de mettre un « où » à la fin du point 2) et du point 3). La CSL craint pourtant que le ministre n'agisse pas en toute indépendance et sérénité, mais risque de se laisser influencer par les avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier de sorte que, en droit, c'est le ministre qui prend la décision, mais en fait le Collège médical et la Commission permanente qui décident. Cette façon de voir les choses est corroborée par le dernier alinéa dans la mesure où pour des raisons de santé publique, le ministre décide, à titre provisoire, la fermeture immédiate de l'établissement en attendant l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier pour prendre une décision définitive.

17. En ce qui concerne **l'article 14** qui dispose que « les équipements et appareils médicaux ainsi que leur nombre, qui soit en raison de leur prix soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, sont considérés comme équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières sont déterminés dans un règlement grand-ducal », la CSL se demande s'il est fait allusion aux mêmes équipements et appareils médicaux visés à l'article 20, paragraphe 2, point 2) du Code de la sécurité sociale où si l'assuré y recourt à l'étranger nécessite l'obtention d'une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé, sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale pour avoir une prise en charge. Si tel est le cas, la CSL demande d'harmoniser le libellé des deux textes afin d'en faciliter la transparence et la cohérence.

17bis. Dans ce contexte et à l'instar de la remarque générale ci-avant que la CSL a formulée au sujet de l'absence d'informations et de comparaisons concernant le traitement ambulatoire et/ou stationnaire au niveau national et étranger malgré l'instauration d'un point de contact national auprès de la Caisse nationale de santé en vertu de la transposition de la directive européenne concernant les soins de santé transfrontaliers, la CSL juge scandaleux le fait que l'assuré reste à la merci de la CNS et plus particulièrement du Contrôle médical de la sécurité sociale qui juge comme bon lui semble sur l'obtention ou le refus d'une autorisation préalable en cas de recours à l'étranger à des équipements

et appareils hautement spécialisés et coûteux. Pire encore, l'assuré n'est même pas en connaissance de cause – et ceci vaut à plus forte raison si la loi renvoie à un règlement grand-ducal comme tel est le cas à l'article 14 du présent projet de loi qui risque de ne jamais être pris – pour savoir s'il est obligé ou non de demander une autorisation préalable pour recourir à l'étranger à des équipements et appareils médicaux dont il ignore l'identité. Si, par conséquent, il y a identité entre les équipements et appareils médicaux visés à l'article 14 du projet de loi et l'article 20, paragraphe 2, point 2) du Code de la sécurité sociale, la CSL propose que l'article 14 renvoie à l'article 20 précité et exige que les équipements et appareils médicaux soient précisés dans la loi - et non pas dans un règlement grand-ducal - afin de garantir les principes de la libre prestation des services et la libre circulation des patients ancrés dans le traité de l'Union européenne.

17ter. A l'alinéa 3 de l'article 14, il est dit que le choix des établissements hospitaliers dans lesquels peuvent être installés des équipements et appareils médicaux visés à l'alinéa 1 se fait entre autre en fonction de la participation à un programme d'assurance qualité. La CSL aurait bien voulu savoir en quoi consiste ce programme d'assurance qualité et qui contrôle la qualité des prestations à l'hôpital.

18. En ce qui concerne **l'article 15** concernant la participation de l'Etat aux investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers et notamment « aux équipements et appareils visés à l'article 14 », la CSL renvoie à sa remarque ci-dessus, à savoir que tant que le règlement grand-ducal visé à l'article 14 n'est pas pris, l'Etat est exonéré de sa participation financière aux équipements et appareils médicaux sinon, à défaut, l'organisme gestionnaire d'un hôpital n'est pas en mesure de vérifier le bien-fondé d'une participation ou d'un refus de participation pour un tel équipement.

19. En ce qui concerne **l'article 16**, la CSL se demande afin d'inciter les investissements communs entre les quatre hôpitaux s'il ne serait pas judicieux de baisser les seuils prévus au point 2) de l'article 15 en vue de bénéficier d'une allocation d'une aide financière par l'Etat.

20. Concernant **l'article 18**, la CSL tient à signaler qu'il y a lieu de lire dans la première phrase de l'alinéa 2 « (...) conformément à l'article 15, points 1 et 2 » et non pas comme prévu dans le texte « (...) conformément à l'article 15, points 2 et 3 ».

21. En ce qui concerne **l'article 21** déterminant les missions du commissaire du Gouvernement aux hôpitaux dont l'une consiste notamment à « faciliter les projets d'intérêt commun ou de mutualisation des établissements », la CSL renvoie à sa remarque formulée à l'article 16 en vue de rendre la participation de l'Etat plus attrayante à de telles fins.

21bis. Dans ce contexte, la CSL réitère sa revendication que l'Etat et la CNS doivent être représentés au conseil d'administration de chacun des quatre hôpitaux. La CSL n'est pas d'accord avec le dernier alinéa selon lequel « si, dans le mois de la suspension (de l'exécution d'une décision d'un organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier par le commissaire), l'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier visé n'a pas été informé des suites que le ministre a réservées à ce veto, la suspension est présumée levée et la décision peut être mise à exécution ». La CSL est d'avis qu'un tel système conduit à responsabiliser le commissaire pour les décisions qu'il prend et à déresponsabiliser le ministre. Ce serait le monde à l'envers ! Voilà pourquoi la CSL propose d'inverser le sens de cette phrase pour lui donner le contenu suivant : « Si, dans le mois de la suspension, l'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier visé n'a pas été informé des suites que le ministre a réservées à ce veto, *la non-réponse vaut refus de sorte que la suspension est présumée définitive sans préjudice quant aux voies de recours administratives* ». Ceci a également pour effet que le ministre est contraint de chercher et de maintenir le dialogue avec le commissaire sur les irrégularités éventuelles constatées par ce dernier.

22. En ce qui concerne **l'article 24** concernant le contenu du règlement général de l'hôpital, la CSL tient à préciser que « la qualité des prestations globales et spécifiquement celles dans le domaine

médical et des soins infirmiers » ne peut être mesurée que si l'on instaure, comme à l'étranger, un benchmarking. A défaut d'un tel instrument, la qualité des prestations hospitalières restera, comme par le passé, lettre morte. D'où la nécessité de compléter le point 1) en ajoutant le bout de phrase « (...) suivant un benchmarking ».

22bis. Aussi la CSL tient-elle à ajouter un point 11) dans le règlement général ayant pour objet de préciser les obligations des médecins liés à l'hôpital en vue de garantir le bon fonctionnement de l'hôpital et la qualité des prestations hospitalières.

23. En ce qui concerne **l'article 25**, la CSL tient à préciser que la création d'un Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières n'a de sens que s'il existe un instrument de comparaison ou benchmarking accessible à TOUS et permettant au patient de faire son choix de traitement en connaissance de cause. Force est de constater que malgré une prime de qualité payée par la CNS aux hôpitaux, il n'y a pas le moindre feed-back de la part de ceux-ci.

24. Concernant **l'article 27**, la CSL salue la création d'un Comité d'éthique hospitalier commun à tous les établissements hospitaliers au vu des missions qui lui sont dévolues, mais revendique toutefois un représentant des professions de santé au sein de ce comité.

24bis. La CSL ne peut cependant accepter que le Comité puisse obtenir communication des éléments médicaux et autres du dossier du patient concerné dont il a besoin pour se prononcer en connaissance de cause sans l'accord du patient dans des cas où le patient n'est pas demandeur pour obtenir le soutien du comité.

25. En ce qui concerne **l'article 30** prévoyant la faculté d'instaurer des réseaux de compétences, la CSL tient à réitérer les incohérences qu'elle avait déjà soulevées dans son avis du 16 mars 2016.

25bis. Voilà pourquoi elle soulève encore une fois l'imprécision et l'incompréhension du point b) de l'article 30 intitulé « cancer du sein et certains autres cancers intégrant le service de radiothérapie (2) ». Ne faut-il pas préciser quels sont ces cancers désignés par l'expression « certains autres cancers », à défaut de quoi l'on risque de rendre superflu la désignation expressis verbis du « cancer du sein » qui pourrait tout aussi bien tomber sous la rubrique « certains autres cancers ».

25ter. Si la CSL accueille favorablement la création d'un Comité de gestion interhospitalière telle que proposée par le Conseil d'Etat afin d'encadrer les projets de réseaux de compétences, elle est d'avis que les missions du Conseil scientifique qui devra accompagner chaque réseau de compétences doivent être précisées. **Par ailleurs, elle exige – à l'instar de la Commission permanente du secteur hospitalier et du Comité d'éthique hospitalier commun – un représentant des professions de santé au Comité de gestion interhospitalière.**

25quater. Pour la CSL, il est inadmissible qu'une telle dénomination ambiguë comme celle citée sous le point b) puisse servir de fondement pour la création d'un réseau de compétences où l'on peut à la fois tout traiter et rien traiter. La CSL exige par conséquent que sur base de la carte sanitaire mise à jour, l'on précise quels sont les types de cancer qui sont visés. Finalement, il est indispensable de mettre une virgule avant le bout de phrase « intégrant le service de radiothérapie », à défaut de quoi, le service de radiothérapie serait exclu pour le cancer du sein, ce qui constituerait une aberration.

26. L'article 33 prévoit que dans chaque hôpital et établissement hospitalier spécialisé, le directeur général est assisté par un directeur des soins, un directeur médical ainsi qu'un directeur administratif et financier. Et de continuer que « les fonctions de directeur général, directeur des soins, directeur médical et directeur administratif peuvent être cumulées si le

directeur possède à cet effet les qualifications requises ». La CSL se demande plus précisément quelles sont les qualifications requises pour cumuler ces différentes fonctions et qui en décide. Aussi la CSL se doit-elle de constater que seules les missions du directeur médical sont précisées, mais non pas celles du directeur des soins. Pire encore, en lisant l'article 33, le lecteur a l'impression que l'hôpital fonctionne sans les différentes professions de santé qui n'apparaissent nulle part dans le texte. Voilà pourquoi la CSL exige la consécration dans le texte des droits et obligations des différentes professions de santé à l'égard des autres acteurs dans l'hôpital (directeurs, médecins et médecins-coordonateurs).

27. En ce qui concerne **l'article 35**, la CSL accueille favorablement une implication progressive des médecins hospitaliers dans le fonctionnement de l'établissement hospitalier soit par contrat de travail soit par un contrat de collaboration dont le contenu est arrêté d'un commun accord entre les différents groupements professionnels des prestataires de santé et la Fédération des hôpitaux Luxembourg sinon, à défaut, par arrêté ministériel.

27bis. Aussi salue-t-elle tout particulièrement la participation financière du médecin hospitalier aux charges de l'établissement. Dans ce contexte, la CSL aimerait cependant préciser qu'une telle participation financière ne peut être envisageable que pour les médecins libéraux et non pas pour les médecins-salariés qui sont payés à travers l'enveloppe budgétaire des dépenses de l'établissement. Voilà pourquoi elle tient à modifier l'alinéa 5 comme suit : « Le règlement général de l'établissement peut prévoir une participation financière du médecin hospitalier lié à l'établissement hospitalier par un contrat de collaboration aux charges de l'établissement ».

28. En ce qui concerne **les articles 37 et 38** relatifs à l'externalisation des pharmacies et laboratoires d'analyses de biologie médicale à des entreprises privées en ce qui concerne les prestations ambulatoires, la CSL observe cette tendance avec beaucoup d'inquiétude ceci d'autant plus que les prestations de ces pharmacies et laboratoires privés sont financés à 90% par la CNS. Ceci vaut avant tout pour les laboratoires privés qui sont constitués sous forme de sociétés commerciales gérées par des fonds d'investissement ayant une stratégie à court terme de rentabiliser au maximum les prestations ambulatoires en empêchant une baisse des tarifs ou en procédant à une réduction des investissements voire à des suppressions d'emploi. Il est inconcevable pour la CSL que la CNS finance (indirectement) les intérêts de sociétés commerciales gérées par des fonds d'investissements qui tablent exclusivement sur une rentabilité à court terme incompatible avec le maintien ou l'amélioration de la qualité des prestations et la sauvegarde des intérêts des patients. Voilà pourquoi la CSL exige l'inscription dans l'article 2 de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales – en l'espèce, l'article 50 du projet de loi - que les sociétés exerçant des activités de laboratoire d'analyse médicales ne peuvent être gérées par un fonds d'investissement détenant la majorité du capital dans une telle entreprise.

28bis. Si la CSL accueille plutôt l'idée d'une mutualisation des laboratoires entre les quatre hôpitaux tant en ce qui concerne les prestations stationnaires que les prestations ambulatoires dans la mesure où les hôpitaux garderaient le contrôle sur ces activités et pourraient rentabiliser celles-ci. Comme déjà soulevé aux articles 15 et 16 ci-avant, ces synergies pourraient être incitées par une participation financière plus substantielle de la part de l'Etat que dans l'hypothèse où chaque hôpital agirait de façon isolée. Cette mutualisation est cependant largement compromise pour l'instant du fait que les Hôpitaux Robert Schuman en 2015 ont fait cavalier-seul tout simplement en cédant la partie extra-hospitalière des activités – donc la partie la plus rentable - à un laboratoire privé « Laboratoires réunis ».

28ter. Dans toutes ces actions isolées, la ministre est restée inerte de sorte que la CSL craint sérieusement un effritement progressif des activités qui jusqu'à présent ont fait partie intégrante de l'hôpital à des entreprises privées qui mettent l'accent sur un maximum de profit et non pas sur la sauvegarde d'une bonne qualité de médecine au profit du patient.

29. En ce qui concerne **l'article 39** qui met l'accent sur le contenu du dossier individuel du patient hospitalier, la CSL ne saura accepter que celui-ci soit déterminé par un règlement grand-ducal, mais exige - étant donné qu'il s'agit des données à caractère personnel du patient lui-même - qu'il soit consacré dans le corps de la loi même.

30. A l'instar des remarques formulées ci-avant concernant la représentation d'un membre des professions de santé dans les différents comités et commissions, la CSL revendique à l'article 40 également un représentant des professions de santé dans la Commission consultative de la documentation hospitalière.

31. Concernant **l'article 41** selon lequel chaque patient reçoit, lors de son admission dans un établissement hospitalier, une information par écrit sur ses droits et ses devoirs (...) ainsi que sur les mécanismes de traitement d'une éventuelle plainte (...), la CSL accueille favorablement de telles dispositions, mais exige avant tout que le patient soit éclairé sur les méthodes de traitement de sa pathologie ou de l'opération, sur les risques éventuels et les soins postopératoires avant de ne l'informer sur les mécanismes d'une éventuelle plainte.

32. Concernant **les articles 42 à 43** ayant trait au mécanisme de gestion des plaintes et l'instruction de celles-ci par le directeur de la Santé, la CSL renvoie à ses remarques formulées dans son avis du 25 octobre 2012 relatif au projet de loi no 6469 concernant les droits et obligations du patient qui gardent toute leur valeur. Elle a notamment noté ce qui suit :

« Elle s'oppose à ce que la gestion des plaintes soit assurée au sein des établissements hospitaliers alors que le gestionnaire des plaintes risque d'être à la fois juge et partie tant à l'égard des patients qu'à l'égard des prestataires de soins. Le risque est inéluctable que la gestion des plaintes se fasse uniquement dans un but de protéger la bonne réputation de l'établissement hospitalier au détriment des droits des patients.(...) Pourquoi cette dichotomie de compétences dans la gestion et l'instruction des plaintes, la première incombant à l'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier, la seconde au directeur de la Santé? Où s'arrête la gestion et où commence l'instruction? »

En vertu du principe qu'une personne, physique ou morale, ne peut être juge et partie à la fois, la CSL est d'avis que le traitement des plaintes doit être assuré seul par le directeur de la Santé, à l'exclusion des établissements hospitaliers.

Si, force est de constater que „le directeur de la Santé informe le plaignant, le directeur de l'établissement et le ministre de la Santé du résultat de son instruction“, il ne souffle cependant mot de la suite à réserver au résultat de son instruction. Le patient pourra-t-il néanmoins saisir le service national de médiation même lorsque le directeur de la Santé ne juge pas opportun de poursuivre? »

Inversement un patient qui a porté un litige auprès du service national de médiation qui n'a abouti à aucun accord entre parties, pourra-t-il encore saisir a posteriori le directeur de la Santé? ».

Conclusion

33. En guise de conclusion et à l'instar de son avis concernant l'avant-projet de loi sur planification hospitalière, la CSL ne peut accepter – malgré quelques améliorations notamment celle concernant l'implication des médecins dans le fonctionnement des hôpitaux - que le plan hospitalier soit guidé par des considérations purement financières au détriment de la qualité des prestations de soins hospitalières. Cette détérioration de la qualité des prestations de soins hospitalières est dictée par l'obsession du législateur d'introduire voire d'étendre, coûte que coûte, le virage ambulatoire sans justification médicale dûment prouvée et sans garantir l'encadrement postopératoire des patients soumis à un traitement ambulatoire. La CSL tient à réitérer sa remarque formulée dans son avis du 5 mars 2015 sur le projet de règlement grand-ducal et dont la teneur était la suivante :

« La promotion des soins ambulatoires et de l'hospitalisation de jour doit uniquement se baser sur des arguments de santé publique, et non être la conséquence d'une politique axée uniquement sur la

réduction des coûts (...). La CSL tient à préciser par ailleurs qu'un virage ambulatoire axé exclusivement sur une réduction des coûts n'est pas de nature à réduire les dépenses de l'assurance maladie à moyen et à long terme même si, dans un premier temps, les dépenses des hôpitaux sont réduites. Au contraire ! Une prise en charge médicale insuffisante en milieu hospitalier générée par un virage ambulatoire précipité et non réfléchi risque d'accroître les dépenses des prestations de soins en milieu extrahospitalier.

Une telle externalisation des soins de santé présuppose également le développement de structures permettant d'encadrer les patients en dehors du milieu stationnaire. Or, force est de constater que les structures actuelles comme les réseaux d'aide et de soins à domicile sont au bout de leurs moyens pour prendre en charge l'encadrement postopératoire des patients et le présent plan hospitalier ne prévoit rien pour garantir la prise en charge de ces prestations. La CSL tient également à préciser que de nouvelles pathologies comme la physiopathologie du délirium postopératoire affectant des personnes plus âgées risquent davantage de compliquer la prise en charge en milieu extrahospitalier. »

Aussi la CSL se doit-elle de constater que le souci de réduire autant que possible les dépenses des hôpitaux et l'avidité des médecins de garder leur « marché » coûte que coûte priment sur les intérêts du patient qui, en somme, devrait se trouver *in medias res* du présent projet de loi

32. Ce n'est que sous la condition que toutes les remarques développées ci-dessus soient prises en considération dans la confection définitive du projet de loi que la CSL peut donner son aval au projet de loi cité sous rubrique.

Luxembourg, le 16 novembre 2016

Pour la Chambre des salariés,



Norbert TREMUTH
Directeur



Jean-Claude REDING
Président

L'avis a été adopté à l'unanimité.